FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THESE — N° 281

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Avril 1905, à 1 heure

PAR

Charles RABUTOT

Ancien externe des hôpitaux
Licencié ès-sciences

Hémorrhagies intestinales

DANS

L'ENTÉROCOLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Chez les Vieillards

Président : M. LANDOUZY, *professeur*

Juges : MM. ROGER, *professeur*
TEISSIER, *agrégé*
LABBE (Marcel), *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat)
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Hémorrhagies intestinales dans l'entérocolite muco-membraneuse, chez les vieillards.

AVANT-PROPOS

Considérées comme rares, les hémorrhagies intestinales, au cours de l'entérocolite muco-membraneuse, chez les gens âgés, peuvent par leur abondance et leur répétition devenir pour le malade un sujet de préoccupations sérieuses, et pour le praticien une source d'erreur qui peut orienter le diagnostic vers une fausse voie.

Il nous a semblé qu'il ne serait pas inutile d'attirer l'attention de ce côté, et peut-être reconnaîtra-t-on avec nous que ces hémorrhagies sont plus fréquentes qu'on ne l'avait supposé jusqu'ici. Nous étudierons ce symptôme dans la colite chronique, nous verrons sous quels aspects il se présente, et nous essayerons d'établir qu'il peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Mais auparavant, arrivé au terme de nos études médicales, qu'il nous soit permis d'exprimer nos

sentiments de gratitude à nos maîtres dans les hôpitaux : MM. Blum, Cuffer, Balzer, Laffite, Hudelot, Bouffe de Saint-Blaise, Auclair. Ils nous ont aidé de leur bienveillance et de leur enseignement ; qu'ils reçoivent l'expression de notre dévouement.

M. le Dr Triboulet fut notre chef à l'hôpital Saint-Louis. C'est lui qui nous donna l'idée première de ce travail et nous soutint de ses conseils. Qu'il nous permette de lui adresser ici nos remerciements sincères.

M. le professeur Landouzy nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous le prions d'agréer l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

HISTORIQUE

La connaissance de l'entérocolite est déjà fort ancienne ; mentionnée par les médecins des XVII^e^ et XVIII^e^ siècles, ceux-ci n'attribuaient pas les phénomènes constatés à leur cause réelle, mais rapportaient les faits observés à d'autres dont la ressemblance grossière les frappait : vers intestinaux, tænia, pituites, portions d'intestin, etc.

Dans le cours du siècle dernier les idées se précisèrent un peu ; mais les conceptions sur la nature même de la maladie furent nombreuses, témoin la multiplicité des appellations employées pour la désigner.

Quelques auteurs la rapportèrent au groupe de cette classe d'inflammations que Bretonneau désigne sous le nom de « Diphtérites ». Il faut arriver en 1841 au travail de Gendrin : *Traité philosophique de médecine pratique*, pour voir l'entérocolite prendre son autonomie.

Rilliet et Barthez d'une part, Billard et Valleix d'une autre, s'appliquent aussi à différencier les exsudats des membranes diphtériques. Laboulbène dans ses *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections membraneuses* (1861), Cruveilhier

l'année suivante, séparent la colite pseudo-membraneuse du muguet intestinal.

En 1863 Wannebroucq signale le premier la complication qui nous occupe et cite un cas de mort par entérocolite avec hémorrhagies.

De 1863 à 1868, la question est à l'ordre du jour et provoque l'apparition d'une quantité de mémoires : Vorms, Langlet, Potain, Merlan de Chaillé, Laborde, Siredey, Guyot, apportent leur contribution à l'étude du sujet.

De 1868 à 1874 ne parut aucune donnée nouvelle ; en cette année Maurice Raynaud produisit une observation, bientôt suivie du mémoire important de Wannebroucq : *De l'Entérite interstitielle :* Congrès de Lille, 1874. Il donna une étude assez complète de la question et signala à nouveau l'existence possible d'hémorrhagies abondantes dans les cas graves d'entérite chronique. L'année suivante Lereboullet apporta quelques restrictions aux vues du médecin lillois.

A l'étranger la question était étudiée aussi et en Amérique Findley, Van Valzah rapportent des observations d'entérocolite avec hémorrhagies intestinales :

En 1875, observation de Laget, thèse de Gourdon.

En 1881, Lasègue, dans ses études médicales : *Lecons sur les maladies du gros intestin et en particulier sur les affections dysentériformes* reprend la question et décrit l'entérocolite grave à forme dysentérique qui s'accompagne souvent d'hémorrhagies.

Germain Sée, en 1883, publie ses leçons sur l'entérite dans son *Traité des dyspepsies gastro-intestinales*. La même année la thèse d'Izoard résume les connaissances acquises.

Potain, en 1887, dans une leçon clinique présente un malade atteint d'entérocolite, avec hémorrhagies abondantes qu'il rapporte à l'hémophilie. Il indique cependant cette complication dans la colite grave chronique.

En 1889, Gaston Lyon traite la question et signale deux cas avec hémorrhagies qu'il a observé. La même année Malibran étudie l'atonie intestinale et cite un cas nouveau d'hémorrhagies imputables à la colite chronique.

En 1893, résultat d'une autopsie faite par Max Rothmann qui ne trouve que des lésions insignifiantes.

En 1894, Mathieu commence ses travaux classiques sur la question et les continue les années suivantes. Il signale l'existence des hémorrhagies intestinales au cours de colites longues et graves. En 1897, thèse de Carret, étude de Carron de la Carrière, de Gaillard. L'année suivante, dans la *Semaine médicale*, de Langenhagen donne un aperçu complet de la question, signale de nouveau l'hémorrhagie intestinale et apporte deux observations probantes.

Dès lors cette complication, sans être étudiée, est indiquée dans tous les travaux parus, thèses de Mercier 1898, de Vouzelle, Froussard, Isaac, 1900.

La même année, Lyon publie une monographie attachante sur l'entérocolite, et montre que les hémorrhagies, bien que complications rares, ne sont pas exceptionnelles au cours de cette maladie.

En 1901, Triboulet montre la difficulté de diagnostic entre ces cas à forme hémorrhagique et la dysenterie sporadique chez l'enfant. En 1903, thèse de Foucaud.

Enfin au début de cette année, publication nouvelle de M. Triboulet qui indique la fréquence plus grande qu'on ne le croit de ces hémorrhagies chez les gens âgés et signale la difficulté de diagnostic qui en peut découler.

Entre temps divers auteurs ont fixé les rapports de l'entérocolite avec la sablose intestinale, l'appendicite ; ceci étant hors du cadre de notre sujet, nous l'avons laissé volontairement de côté.

SYMPTOMATOLOGIE

Avant d'étudier les entérorrhagies, nous allons passer en revue rapidement la symptomatologie de la colite chronique et cela particulièrement chez le vieillard.

Il est difficile de donner un tableau d'ensemble de l'évolution de cette maladie, car nous avons affaire à une affection chronique, à début obscur, à allures essentiellement variables suivant les sujets.

Cependant trois symptômes ont une importance capitale et ne font guère défaut. Ce sont *la constipation*, *les douleurs*, *le rejet de mucosités dans les selles*.

La constipation est le symptôme initial. Elle peut être remplacée par de la diarrhée, débâcles de durée variable, se produisant avec une fréquence différente suivant les individus. Quelquefois cette constipation elle-même procède plutôt par crises, par poussées paroxystiques alternant avec un fonctionnement régulier de l'intestin. Elle peut être très accusée. Le gros intestin se laisse dilater par les matières fécales, sans réagir par ses mouvements de péristaltisme jusqu'au moment où un apport nouveau de substances réveillera cette contractilité amoindrie et provoquera une selle. Ces constipés

vont à la selle par « regorgement », suivant l'heureuse expression employée. Cette accumulation de matières dans le côlon produit d'abord la dilatation, puis l'atonie de ce conduit.

Les matières expulsées ne sont pas moulées, elles n'ont pas la consistance des selles d'un individu normal. Leur forme, leur volume varient. Tantôt elles se présentent sous forme de masses arrondies, parfois volumineuses (scybales). Elles sont sèches et dures ; leur surface irrégulière, rugueuse, semble formée de parties plus petites grossièrement agglutinées.

Pour peu qu'elles soient volumineuses, leur expulsion est douloureuse ; elles peuvent à leur passage déchirer superficiellement la muqueuse anale et sortir teintées de sang. Le patient « accouche » ses scybales.

D'autres fois la fragmentation est plus complète et donne aux matières l'aspect spécial de crottes de biques (matières ovillées).

Chez certains malades, le côlon réagit violemment à cette irritation de ses parois et se met en état de contracture spasmodique. Les selles sont alors de tout petit calibre, du volume du petit doigt, d'un crayon. Mais cette forme est rare chez les gens âgés qui, constipés depuis longtemps, ont perdu avec l'âge cette faculté de réaction et sont devenus des dilatés, des atones.

Les douleurs sont constantes. Elles peuvent être variables dans leur acuité, leur siège, mais elles ne font pas défaut.

Les unes sont habituelles, journalières ; les autres, de beaucoup les plus violentes, ne surviennent que par paroxysmes dans les crises aiguës qui traversent cet état chronique. Les douleurs habituelles peuvent varier ; l'on peut avoir depuis un simple malaise jusqu'à de grandes souffrances. Localisées par les uns à l'épigastre, à l'ombilic, par les autres au niveau des angles coliques, du cœcum, beaucoup lui attribuent l'estomac comme siège. Trousseau signalait déjà cette erreur. « Dans beaucoup de circonstances, les douleurs coliques sont prises pour des douleurs stomacales, et il faut dire que dans la moitié des cas, surtout chez les vieillards, cette douleur siège dans le côlon. » Elles surviennent de préférence deux à trois heures après le repas ; cependant elles peuvent le suivre où ne débuter qu'au milieu de la nuit. Réduites au minimum, elles peuvent ne consister qu'en un ballonnement avec sensation d'angoisse.

Les douleurs survenant par paroxysmes sont beaucoup plus intenses. Les malades pâles, les traits tirés, les cuisses pliées sur le ventre, ne savent par quels qualificatifs exprimer la douleur ressentie : brûlure, plaies vives, etc. On trouve de l'hypéresthésie cutanée, de la défense musculaire de la paroi qui gêne la palpation. Ces poussées, rares chez les gens âgés, coïncident le plus souvent avec une poussée inflammatoire de leur côlon déterminée par un refroidissement, un excès de régime, alcool, repas copieux.

L'expulsion de mucus avec les selles est le signe pathognomonique. Tantôt ce sont des glaires amor-

phes, constituant ce que Lasègue dénommait « les crachats intestinaux ». D'autres fois c'est une simple mousse, une écume grisâtre recouvrant les matières. C'est le type le plus fréquent chez les vieillards. Il demande à être recherché avec grande attention car il peut passer inaperçu du malade. Nous pouvons avoir aussi le type membraneux. Ces pseudo-membranes peuvent être cylindriques, en lanières aplaties, ressemblant à des anneaux de tœnia, filamenteuses, roulées en paquets.

A côté de ces symptômes primordiaux, il en est d'autres que nous allons étudier, qui, bien qu'ayant une importance moindre en clinique, frappent souvent davantage les malades. Chez ceux-ci la paroi abdominale est flasque, molle, ridée. Chez le même sujet le ventre aplati à certains moments sera ballonné, distendu de gaz à d'autres.

La palpation donne des résultats intéressants. Le gros intestin donne une sensation de flaccidité tout à fait spéciale, bien décrite par M. de Langenhagen. « Au lieu d'être fermes et élastiques comme à l'état normal, les parois intestinales sont dans un état de relâchement et d'atonie complets ; toute résistance, toute tonicité, ont disparu de leurs parois qui paraissent amincies et donnent presque la sensation de l'intestin qu'on palpe sur la table d'amphithéâtre, ou bien celle d'une loque, d'un chiffon sans consistance qu'on pétrirait entre ses doigts. Cette consistance est caractéristique de l'atonie intestinale et de la colite consécutive. Je propose de lui donner un nom qui

rend bien l'impression perçue, et de l'appeler sensation de l'intestin chiffon. » Guinard après des considérations du même ordre lui donne le nom d'intestin-mouchoir.

Les scybales, contenus dans cet intestin mou et sans consistance, roulent sous le doigt qui les explore et lui fournit une sensation de masse pâteuse assez résistante.

A côté de cette mollesse et à d'autres moments, nous aurons sur certains segments des zones dures, rétrécies, donnant la sensation d'un tuyau de caoutchouc. C'est là un état spasmodique segmentaire (Fleirier).

D'après le professeur Potain, cet état se manifesterait plus nettement au niveau du cœcum et de l'S iliaque. Glénard le localise au contraire au niveau du côlon transverse. C'est sa « corde colique » qu'il considère comme un signe pathognomonique de l'enteroptose, qui d'ailleurs coïncide souvent avec l'atonie de l'intestin.

Ce spasme n'est pas permanent, et on le peut voir disparaître sous les doigts et constater le retour à la flaccidité. Il faut ajouter que ces zones de spasmes sont accompagnées de la dilatation d'autres segments du côlon, remplis de gaz et de matières.

L'examen de l'estomac le montre en général dilaté, présentant du clapotage. Le foie peut être ptosé. Il peut être congestionné, hypertrophié, parfois atrophié.

L'état général est variable; il peut dans les cas

légers ne pas offrir de caractères particuliers. Dans les cas graves, le teint est jaunâtre, terreux, la dénutrition est accentuée, l'aspect cachectique.

La langue variable d'aspect est souvent blanchâtre ; l'haleine est un peu fétide, surtout le matin.

Les troubles gastriques sont fréquents, flatulence, bouffée de chaleur après le repas, distension gazeuse de l'estomac, éructations. L'appétit est diminué, capricieux ; il peut exister des nausées, surtout au réveil. Le chimisme stomacal est altéré, d'après Mathieu tantôt l'on a hyperchlorhydrie, tantôt hypochlorhydrie. Du côté du foie on peut observer des poussées congestives avec ou sans acholie, quelquefois hypersécrétion de bile ; en un mot il y a déséquilibre dans la fonction biliaire.

Des troubles cardiaques existent aussi, allant depuis les palpitations jusqu'à l'angoisse de l'angine de poitrine. La céphalée est presque la règle, en casque, en bandeaux, le matin au réveil. Il existe des douleurs musculaires mal localisées, des crampes nocturnes. Ces malades présentent une irritabilité marquée, de l'inaptitude au travail.

Du côté de la muqueuse intestinale nous avons donc *les hémorrhagies*, variant comme quantités de quelques gouttes à un volume assez grand, un litre dans quelques cas. Les entérorrhagies sont considérées comme rares par la plupart des auteurs. D'après Mathieu, Froussard, il semble que « les grandes hémorrhagies sont rares et les petites hémorrhagies sont fréquentes dans l'entérite muqueuse. Les hémor-

rhagies abondantes appartiennent aux cas graves ».

Cependant déjà Gaston Lyon s'est élevé contre cette opinion. « Indépendamment de ces cas (fissures, hémorrhoïdes), dit-il, on peut constater des hémorrhagies à tous les degrés, depuis la perte de quelques gouttes de sang striant de rouge les matières, les mucosités, et méritant à peine le nom d'hémorrhagies, jusqu'aux écoulements de sang d'une grande abondance et pouvant aller jusqu'à un litre.

Quatre de nos malades ont présenté de ces grandes hémorrhagies. Elles ont pour caractère de se produire inopinément sans qu'une aggravation survenue dans l'état intestinal puisse en expliquer l'apparition, sans qu'on puisse incriminer comme cause occasionnelle un écart de régime. Chez l'un de nos malades les hémorrhagies survenaient surtout au moment où l'état fonctionnel de l'intestin était en apparence le meilleur ; parfois nous les avons vues se produire à la suite de l'administration d'un purgatif léger, d'un laxatif anodin comme une cuillerée à café d'huile de ricin. » Or la série des quatre malades, que nous avons pu examiner dans le service du Dr Triboulet, semble bien confirmer la façon de voir de Lyon. L'entérorrhagie semble survenir chez les gens âgés avec une facilité relative mais certes beaucoup plus marquée que celle qu'admettent beaucoup d'auteurs. Un des malades que nous avons pu observer semble même amélioré par ces émissions san-

guines, et chaque hémorrhagie est suivie d'une période de mieux sensible.

La symptomatologie est celle de toute hémorrhagie interne. Si l'écoulement est assez lent, le malade peut n'éprouver aucune sensation. Seule l'apparition de sang rouge dans ses matières sera là pour le renseigner ; si le sang a séjourné un temps suffisant dans l'intestin, le mœlena pourra passer inaperçu, car la coloration noire peut ne pas frapper le sujet. Si l'hémorrhagie est plus abondante, plus soudaine, le malade est pris d'un malaise ; la face est pâle, les oreilles tintent, la vue s'obscurcit d'un brouillard. Le ventre est ballonné, des coliques surviennent. Puis peu après se produit un impérieux besoin d'aller à la selle qui expulse du sang mélangé de matières fécales très fétides. Pendant cet état la température peut s'élever légèrement, le pouls est plus petit, plus rapide. Ces selles sanglantes se succèdent un certain nombre de fois dans la journée, tantôt le sang est à peu près pur, tantôt il est mélangé de mucosités, de matières.

Pendant deux jours, trois jours, ces phénomènes se reproduisent ; ils peuvent affecter une certaine périodicité, toutes les semaines, tous les mois pendant un temps indéterminé. Ils surviennent le plus souvent sans cause apparente ; chez un des malades que nous avons observé, la cause déterminante fut une purgation légère, une cuillerée à café d'eau-de-vie allemande. Dans le cas publié par Van Valzah l'hémorrhagie semblait précéder

les poussées inflammatoires aiguës du côlon.

Comme nous l'avons dit, la température peut s'élever un peu au cours d'une entérorrhagie. Mais quand celle-ci est abondante on a plutôt une hypothermie avec pâleur de la face, tendance à la syncope.

Ces hémorrhagies peuvent être tenaces et amener un état d'anémie des plus prononcés. Si à cela nous joignons la dénutrition due à l'inappétence, les mauvaises digestions, si nous tenons compte de l'auto-intoxication due à la résorption par l'intestin des toxines microbiennes, des poisons autogènes, sulfo-éthers, scatol, indol, nous comprendrons que, dans les cas extrêmes, l'état général soit des plus mauvais ; en effet l'amaigrissement est alors rapide, la cachexie survient rapidement.

Il est rare cependant que les hémorrhagies intestinales acquièrent une gravité telle ; le plus souvent elles cèdent à une thérapeutique appropriée où le repos au lit, la diète liquide, jouent le plus grand rôle.

En peu de temps l'écoulement sanguin se tarit, et pendant quelques jours encore les selles présentent un aspect noirâtre. Mais la constipation, cause initiale de ces accidents, n'est pas disparue, et c'est là l'ennemi fauteur de désordres, qu'il faudra désormais combattre.

Le pronostic est lié à la persistance de la constipation. Tant qu'elle existera nous serons sous la menace de semblables accidents. Il est rare que

l'abondance et la répétition des hémorrhagies fassent craindre pour la vie du sujet. Cependant elles amènent un état d'anémie fâcheuse qui affaiblit l'organisme et le met en état de moindre résistance.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de l'entérite muco-membraneuse et de la complication qui nous occupe est fort peu connue.

Les autopsies sont rares et la putréfaction post mortem altère rapidement la muqueuse intestinale.

Les quelques observations qui furent faites n'ont pas donné des résultats identiques. Edwards, Rothmann, Chazot, n'ont signalé que des lésions très légères de l'intestin : Desquamation partielle de l'épithélium, altérations des glandes pénétrées par des bouchons de mucus. Cependant il semble que des malades qui resteraient indéfiniment constipés, s'ils ne se désobstruaient par artifice, chez qui la moindre excitation provoque douleurs, selles glaireuses, sanguinolentes, ont des lésions évidemment plus marquées que celles décrites par ces auteurs.

D'après Lasègue on trouve dans ces cas l'intestin atteint d'un catarrhe intense. Les phénomènes de congestion sont surtout marqués autour des orifices glandulaires. Ce processus congestif donne d'abord lieu à une infiltration séro-sanguinolente, à des ruptures vasculaires qui se décèlent par un pointillé hémorrhagique de la muqueuse. Puis autour de la glande une ulcération s'établit. C'est ce que Roki-

tanski et Forster ont décrit sous le nom d'ulcère folliculaire chez l'enfant.

Wannebroucq chez un malade qui mourut d'hémorrhagies intestinales a constaté des altérations beaucoup plus accentuées : prolifération du tissu conjonctif, infiltration embryonnaire s'étendant à toutes les tuniques de l'intestin, larges ulcérations pouvant aller, dit-il, même à la perforation ; en d'autres points, atrophie et amincissement des tuniques intestinales ; pour cet auteur c'est une entérite interstitielle.

Lereboullet n'est pas allé aussi loin. Il admet l'existence d'ulcérations superficielles qui peut-être à la longue causent des lésions interstitielles, mais ne sépare pas ces diverses lésions et les considère comme deux phases d'un même processus.

De ces opinions diverses que conclure ? C'est que les lésions sont variables, et que depuis la colite légère, passagère, jusqu'à l'entérocolite chronique, accompagnée de poussées aiguës, avec accidents graves, répétés, on doit trouver toute une gamme de lésions, de troubles dans l'innervation, la nutrition, la vascularisation des tuniques intestinales, troubles qui doivent jouer un rôle important dans les complications de cette maladie et en particulier dans les hémorrhagies.

PATHOGÉNIE

A quoi attribuerons-nous la genèse de ces hémorrhagies ? Pour les plus légères tout le monde est d'accord pour les mettre sur le compte des exulcérations de la muqueuse.

Mais quand l'entérorrhagie est abondante, ce n'est plus l'avis général, et nous voyons le professeur Potain invoquer alors une dyscrasie sanguine, l'hémophilie. Mais il indique aussi comme possible l'influence d'un état fluxionnaire local lié à l'entérite.

Telle n'est pas l'opinion de Lyon ; chez les quatre malades qu'il a pu observer, rien ne pouvait expliquer l'apparition des hémorrhagies qui survenaient dans un état de bonne santé apparente. Les quatre malades que nous avons pu voir dans le service du Dr Triboulet offraient cette même particularité de voir apparaître les hémorrhagies sans causes que l'on puisse incriminer. Aucune des raisons pathogéniques indiquées par le professeur Potain n'a semblé intervenir chez ces malades. Aucun d'eux non plus ne présentait cette forme grave, continue, dénoncée par Mathieu, comme pouvant s'accompagner de pertes sanguines.

Il nous semble donc possible que la constipation

soit un facteur suffisant et capable à elle seule de produire ce désordre.

L'atonie intestinale s'accompagne de stagnation des matières fécales. Souvent cette stagnation est compliquée de ptose, comme l'a montré Glénard ; celle-ci peut par des coudures entraver encore la progression du chyme.

Le gros intestin résorbe les liquides contenus dans cet agglomérat qui, petit à petit, s'indure, se dessèche, et se réunit en une masse volumineuse, qui augmente par les apports continuels qu'elle reçoit.

Si d'autre part nous songeons à la mollesse de cet intestin atone, nous comprendrons bien que, mobilisé, ce bol fécal anormal et de forme et de consistance agisse comme un corps étranger du gros intestin et en lèse la muqueuse par son rude frottement ; c'est là l'origine des hémorrhagies, nous semble-t-il.

Cette stase intestinale permet un développement anormal de la flore microbienne déjà si riche du côlon ; ces micro-organismes sécrètent des toxines qui, reprises par les vaisseaux des parois coliques, vont arriver au foie. Ils provoquent de ce côté des phénomènes congestifs avec troubles dans la circulation de cette glande. Ce trouble dans la circulation hépatique se traduira du côté du système de la veine-porte par une stase qui peut intervenir comme facteur important, non plus dans la production, mais dans l'abondance de l'hémorrhagie.

La résorption des toxines existe certainement, et nous la voyons se traduire par ces poussées hyper-

thermiques fréquentes chez les constipés. Souvent aussi le volume du foie est augmenté, la sécrétion bilieuse est plus ou moins modifiée, comme le montrent les faits d'acholie pigmentaire signalés par Malibran et Langenhagen.

De plus l'entérocolite chronique est considérée comme liée à un état de nutrition défectueux, l'arthritisme. Or cette même diathèse frappe de bonne heure le système vasculaire de fragilité et celle-ci sera d'autant plus marquée que nous aurons des sujets âgés.

Tous ces facteurs réunis peuvent bien expliquer les hémorrhagies intestinales : bol fécal dur, sec, cheminant dans un conduit mou, à contractilité affaiblie, avec stase du sang dans les vaisseaux friables des parois. Ce sont là des éléments plus que suffisants pour créer une hémorrhagie abondante. Ceci nous explique comment certains malades sont soulagés dans une certaine mesure par ces pertes sanguines qui agissent comme décongestionnant puissant.

Le sexe aussi semble avoir quelque influence ; les femmes sont plus que les hommes sujettes à ces accidents. Le fonctionnement de leur appareil génital peut dans une certaine mesure expliquer ce fait. Les grossesses ont pu amener le relâchement par distension de leurs parois abdominales. La tonicité de cette sangle musculaire disparaissant, on peut voir survenir des phénomènes de ptose viscérale, ptose qui agira comme adjuvant de la constipation. Un argu-

ment vient en faveur de cette idée. Dans le jeune âge l'entérocolite frappe dans la même proportion les enfants du sexe féminin ou du sexe masculin. Mais dans l'âge adulte cette égalité se détruit et le sexe féminin est beaucoup plus atteint. Il apparaît donc bien que la fonction génitale de la femme entre pour une part dans la production de cette affection et et par suite de ses complications.

Letcheff, dans sa thèse, a d'ailleurs bien montré la solidarité fréquente qui existe chez la femme, entre l'appareil génital et l'appareil digestif.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance du Dr Triboulet.)

Mme F..., âgée de 67 ans, a un tractus digestif des plus éprouvés depuis un temps fort long : une pharyngite chronique entretient chez elle des troubles dyspeptiques intermittents avec anorexie et constipation, caractérisés surtout par des désordres gastriques aboutissant fréquemment à ce qu'on appelle communément « le rejet de la bile ». Sans avoir de ptoses des viscères fixes (foie, rein, utérus) cette malade est atteinte de déséquilibration intestinale et présente notamment une ptose gastro-intestinale bien caractérisée.

A la fin du mois de mai 1904, cette dame fut prise d'un état gastrique mal défini, avec anorexie et constipation plus opiniâtre, et avec rejets bilieux plus fréquents et plus accentués. Au début du mois d'août, survint une phase aiguë fébrile, avec prostration, apparence de fièvre typhoïde, langue sèche et adynamie. Au troisième jour de cet état morbide survinrent des selles diarrhéiques très fluides qui, trois jours de suite, se mélangèrent d'une quantité notable de sang noir et délayé, rappelant bien l'aspect de lavures de goudron. En même temps, sous la peau flasque, ridée et à consistance de chiffon de l'abdomen, se dessinait sous le foie, à l'angle

colique droit, une élévation manifeste, que le palper délimitait aisément, sous forme d'une masse marronnée, assez considérable, très dure, et relativement mobile avec l'intestin.

L'ensemble symptomatique conduisait si bien à l'opinion de cancer intestinal, que ce diagnostic fut posé presque sans restriction possible par deux confrères.

Mais, ici, tandis que les signes locaux avaient une valeur matérielle quasi-indiscutable (mœlena, tumeur), les symptômes généraux allaient en quelque sorte à l'encontre du diagnostic de cancer ; la malade n'avait pas maigri dans la période précédente, le facies n'avait rien de caractéristique, et on constatait de la température.

Celle-ci atteignit même assez rapidement 39° et s'y maintint. Aussi, en l'absence d'antécédents d'entérite muqueuse, en présence de la fièvre avec état quasi-adynamique, en raison d'un certain degré de ballonnement du ventre, l'on soupçonna d'abord puis affirma le diagnostic de fièvre typhoïde. Sous l'influence de deux limonades au citrate de magnésie légère, à deux jours d'intervalle, la masse marronnée s'effondra et s'élimina sous forme d'une trentaine de seybales, puis apparurent les taches rosées pathognomoniques, et la dothiénentérie suivit son cours, normalement d'ailleurs.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance du Dr Triboulet).

Il s'agit d'une femme de 72 ans, hospitalisée à l'hospice Debrousse, de robuste santé habituelle, plutôt obèse, qui, sans avoir antérieurement jamais rien présenté de sem-

blable, fut prise, en avril 1904, de troubles gastro-intestinaux, de malaises, avec pesanteurs dans l'abdomen et au creux épigastrique, avec constipation relative, selles dures en boules, tous les deux ou trois jours, accompagnée d'enduit glaireux type frai de grenouille, avec un mélange de sang, ou précédée, ou remplacée parfois par du sang pur. Celui-ci, à certains jours, fut assez considérable pour que la malade se vit obligée de se garnir. La malade n'avait pas d'hémorroïdes, et le toucher rectal fut négatif, ne révélant ni saillies veineuses internes, ni surface suspecte au point de vue néoplasique. Le diagnostic se posait entre l'entérite muco-membraneuse et le néoplasme intestinal. Une sonde de caoutchouc rouge, introduite assez haut dans l'instestin, semblait arrêtée un peu au-dessus de l'S iliaque, et revint à plusieurs reprises chargée de mucus teinté. L'examen histologique ne fournit aucun détail positif. La palpation, en raison de la surcharge graisseuse de la paroi, était difficile et la recherche des ganglions impossible.

Sous l'influence de cet état de choses durant six semaines consécutives, et même deux mois, avec intermittences plus espacées, la malade avait maigri, son teint habituellement blafard était encore plus terne que de coutume, il y avait de la prostration, avec tendance à la syncope et au découragement. L'entourage comme le médecin ne pouvaient se défendre d'une arrière-pensée de néoplasme. Or, sous l'influence d'un régime alimentaire strict, de lavages simples quotidiens, et d'irrigation de nitrate d'argent à $\frac{1}{2000}$, trop espacés, en raison de l'indocilité de la malade, grâce à des doses rapprochées d'huile de ricin (une cuillerée à soupe), la malade après

avoir expulsé des seylabes à tous les degrés d'ancienneté, présenta peu à peu des selles normales espacées, puis plus fréquentes, et arriva, au bout de deux mois à la guérison relative, puis définitive.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance du Dr Triboulet.)

Femme de 73 ans, hospitalisée au pavillon B de l'hôpital Debrousse. Cette femme est atteinte de polysclérose, et l'on voit évoluer chez elle sournoisement une de ces tuberculoses larvées à forme emphysémateuse, qui semble avoir débuté après une variole, réalisant ainsi un schéma pathogénique, du type bien établi par le professeur Landouzy. En présence du teint jaune un peu terreux, en raison d'un amaigrissement qui a fait cette année des progrès sensibles, quand cette malade fut prise de troubles abdominaux, vagues d'abord, avec constipation et anorexie, puis mieux précisés sous forme d'endolorissement avec rénitence au palper dans le côté gauche, quand surtout apparurent des selles sanglantes un peu muqueuses, tantôt rouges et tantôt noirâtres, répétées quotidiennement pendant six semaines ; en présence de cet ensemble symptomatique, disons-nous, notre diagnostic s'oriente quasi-spontanément vers la pensée de l'évolution probable d'un cancer du gros intestin. Le toucher rectal n'ayant donné aucun renseignement positif, c'est à la région de l'S iliaque que nous pensâmes devoir localiser le néoplasme supposé.

Or, il s'agissait d'une constipée habituelle, chez qui depuis cinq ans la constipation s'était notablement accentuée, qui comme tant de vieillards ne fonctionnait que par regorgement, suivant l'heureuse expression consacrée, et sous forme de petits amas stercoraux indurés, provoquant une sécrétion muqueuse exagérée, et probablement avec elle les légères exulcérations qui fournissent le sang.

Le régime alimentaire convenable, les lavages tièdes moyens et l'usage répété chaque deux jours d'une petite dose d'huile de ricin, amena une sédation marquée d'abord dans l'état local, puis avec un peu d'appétit la malade reprit quelques forces et quelques couleurs et se décachectisa.

Deux mois plus tard, la malade eut encore une crise du même genre, mais moins forte, et de plus courte durée. Il n'est jusqu'ici pour elle aucunement question de néoplasme.

OBSERVATION IV (Personnelle).

M. A..., âgé de 75 ans, hospitalisé depuis dix-huit mois à Debrousse. Constipé depuis une quinzaine d'années, il dit avoir eu dans sa jeunesse des pertes de sang par l'anus sans pouvoir en préciser l'époque. Actuellement le malade va à la selle tous les deux ou trois jours ; mais il ne laisse jamais passer cette limite et provoque l'expulsion des matières par une cuillerée à café d'eau-de-vie allemande. Il y a deux ou trois ans les matières expulsées étaient entourées d'une substance qu'il comparait à du papier à cigarettes. Depuis cette époque les selles sont ou dures ovillées, ou diarrhéiques noirâtres, parfois extrêmement fétides. L'appétit est mauvais ;

les maux de tête sont fréquents. C'est une douleur généralisée sans localisation bien nette mais assez pénible surtout au réveil. Cependant le malade ne maigrit pas. L'abdomen est assez souvent douloureux ; il est sensible à la pression ; la palpation permet de sentir un gros intestin mou, dilaté. Le malade est porteur de deux volumineuses hernies inguinales.

Le toucher rectal montre une muqueuse rectale saine, sans hémorrhoïdes ni tumeur ; l'ampoule est remplie de matières dures ; elle est fort dilatée. A la marge de l'anus existe une petite hémorrhoïde ayant subi l'évolution fibreuse et par suite incapable de donner lieu aux accidents que nous allons décrire.

Au début de février 1905 le malade présenta pendant quelques jours des douleurs abdominales assez violentes, un peu de fièvre. La langue était sale, la constipation plus marquée. Il recourut à son remède habituel, c'est-à-dire une cuillerée à café d'eau-de-vie allemande.

Peu après la médication amena une débâcle, une quinzaine de scybales dans un liquide noirâtre assez abondant et très odorant. Dans la journée, en dehors de toute défécation, surviennent alors des écoulements de sang rouge presque pur et en quantité abondante, trois ou quatre fois dans la journée et de la valeur d'une grande tasse à café. Pendant trois jours ces accidents persistèrent.

Le repos au lit, la diète liquide firent disparaître ces accidents. Mais à leur suite contrairement à ce que l'on pourrait croire, le sujet éprouva un grand soulagement, la digestion se faisait bien ; les selles journalières étaient normales.

Antérieurement, trois fois en deux ans, il avait eu des

enterrorrhagies semblables à celles-ci et qui toutes furent suivies d'une période d'amélioration.

Actuellement l'état général est bon ; l'appétit n'est pas trop mauvais. Mais la constipation persiste toujours.

OBSERVATION V

Entérite membraneuse, Van Valzah (*The americ. J. in of med.*, 4 juillet 1873), *in* Th. Gourdon, 1875.

Miss, âgée de 40 ans, a été réglée à 15 ans. A 17 ans, suppression momentanée de ses règles, suivie de dysménorrhée qui dura longtemps. A l'âge de 18 ans, gonflement des ganglions lymphatiques du cou. A la suite d'un effort, elle fut prise dans le dos d'une douleur intense qui amena une syncope.

Durant l'année 1851-1852, elle fut sujette à des coliques bilieuses, elle se plaignit également de quelques douleurs névralgiques. En 1857, sa vue devint faible et resta telle pendant six ou sept ans. On crut alors à une affection nerveuse. En 1864, Miss, à la suite d'une fatigue légère, éprouva de la dyspnée, et cette difficulté à respirer se présenta à plusieurs reprises pendant le printemps suivant.

En juin, elle eut une nouvelle crise qui mit ses jours en danger. Cette attaque était purement nerveuse, car il n'y avait pas de maladies antérieures du poumon, et au moment de l'attaque il n'y avait de lésion ni du parenchyme ni des bronches. Ces crises, qui duraient environ deux heures, devinrent de moins en moins fortes, de plus en plus rares, et disparurent complètement au bout de deux années.

En 1868, bronchite intense, hyperesthésie cutanée, digestions difficiles. On constata aussi un resserrement considérable de la peau à la partie supérieure du corps, comprenant les bras, la tête et le cou. Les muscles et les os étaient si serrés que leur contour se dessinait parfaitement.

La peau au-devant de l'estomac devint tendue, la déglutition douloureuse, les mouvements de la tête en avant et arrière étaient limités, et quand elle voulait saluer ou se baisser, elle ressentait de la douleur dans le cuir chevelu. La peau était bleuâtre, rigide, sans rides, impossibilité de la pincer. Il n'y avait cependant pas grand trouble de la santé générale. Cet état se prolongea presque durant une année avec des alternatives de bien et de mal et cessa graduellement.

Pendant l'été 1869, le pouls devint rapide et la malade éprouva constamment de la lassitude. L'appétit était assez bon, mais les digestions restaient difficiles.

Au printemps 1870, amélioration sensible, ses forces augmentèrent ainsi que le poids du corps. En février 1871, nouvelle bronchite, mais ce qui affligeait le plus la malade, c'était les douleurs névralgiques de la face, de la tympanite avec douleurs abdominales non localisées. Au mois d'avril, douleur plus vive limitée à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic, douleur lancinante, déchirante que réveillait le moindre attouchement. Ces crises précédaient toujours les règles. La tympanite disparut au mois de mai, mais le point douloureux situé au-dessous de l'ombilic persista. En juin, les selles devinrent muco-sanguinolentes et fétides.

La dernière semaine d'août, elle fut prise de diarrhée qui dura trois semaines et qui amena un grand trouble de la santé générale.

Au milieu de septembre elle eut une crise plus violente que les précédentes : des douleurs lancinantes, partant de l'ombilic et s'irradiant dans le dos, s'accompagnant de nausées et de vomissements. Cependant l'appétit allait en diminuant et elle avait presque toujours la diarrhée.

Le 4 octobre, les douleurs abdominales ont commencé vers les 8 heures du matin suivies comme toujours de nausées, de vomissements, avec besoins impérieux d'aller à la garde-robe ; mais dans les efforts d'expulsion, la malade tombait en syncope. A midi, hémorrhagie intestinale abondante qui est revenue deux fois dans une heure. Elle rendit ainsi un litre environ de sang noirâtre et très fétide. Quoique très faible, elle se refit peu à peu, et au bout d'une semaine elle se trouvait déjà mieux.

Le 11, douleurs abdominales aiguës avec des nausées. Elle rendit ce jour-là et les jours suivants, par l'anus, une grande quantité de matières muqueuses molles, ressemblant à du blanc d'œuf. A ces garde-robes succédaient des matières noirâtres et peu abondantes. Pendant cinq semaines, tous les lundis, elle rendit de ces matières, et leur expulsion était précédée de douleurs vives de nausées, d'hémorrhagies qui ne cessèrent qu'avec les selles caractéristiques.

Dans les périodes de calme, la malade se sentait faible, des frissons parcouraient tout son corps, surtout le matin.

Durant les crises, on constate une accélération notable du pouls et une augmentation sensible de la température.

En décembre, grande amélioration ; appétit variable ; digestions relativement bonnes, garde-robes naturelles.

La malade prenait une bonne nourriture, faisait usage de toniques et de préparations opiacées. On avait également prescrit le bismuth, du tanin, des pilules de nitrate d'argent et de la thérébentine ; de temps à autre, application de teinture d'iode sur l'abdomen.

Au commencement de janvier 1872, perte d'appétit, fréquence plus grande des nausées ; la tête était lourde, les gencives enflammées. Cela dura trois semaines, mais bientôt l'hyperesthésie des membres fut de plus en plus marquée et une éruption se montra sur les jambes, les pieds et les bras. C'étaient des taches de couleur rouge clair, sans saillie extérieure manifeste, dont les dimensions variaient entre une tête d'épingle et une pièce de cinquante centimes. Cette éruption qui dura plusieurs semaines était très sensible au toucher.

En janvier 1873, crise qui augmenta graduellement et qui, lorsqu'elle atteignit son paroxysme, fut atroce. Les douleurs s'accompagnant de vomissements et d'un sentiment de constriction très pénible autour du cœur, partant du dos, de l'ombilic et s'irradiant presque dans tout le corps. La malade fut soulagée par des injections hypodermiques de morphine. La faiblesse était très grande ; tout ce que prenait la patiente était vomi peu après. Peu à peu pourtant ces symptômes s'amendèrent.

Durant les quatre jours qui suivirent l'attaque, il n'y eut pas d'évacuation intestinale. Mais le cinquième jour elle rendit avec les garde-robes une certaine quantité de matières membraneuses, ressemblant à du macaroni très cuit, à des fragments de terrines. Ces membranes en partie enroulées d'un blanc homogène, assez consistantes, élastiques, n'ont

pas été examinées. Elles n'étaient pas solubles dans l'eau froide. Mais elles l'étaient entièrement dans l'eau à 70° F. Ces concrétions membraniformes ont continué à être expulsées tous les deux jours pendant deux semaines. La malade rendait en même temps des matières dures, serrées, couvertes de mucosités. Une amélioration notable eut lieu pendant un mois.

En mars, nouvelle attaque presque semblable à celle de janvier ; mais les douleurs ne furent pas si violentes et les membranes expulsées en plus petites quantités et moins consistantes. L'urine était très peu colorée et peu abondante. Ce ne fut que cinq semaines après qu'eut lieu une troisième crise moins forte que la seconde.

Les garde-robes dans l'intervalle des attaques étaient presque normales. La troisième attaque fut suivie d'une grande amélioration. Depuis lors, tous les deux mois environ, elle est atteinte de coliques intestinales, précédées de frissons, de douleurs névralgiques dans les extrémités avec hyperesthésie de la muqueuse buccale, myalgie oculaire et suivies de l'expulsion d'un mucus plus ou moins concret, peu mêlé aux matières fécales.

A mesure que le chiffre des crises s'élève, les concrétions membraneuses deviennent de plus en plus tenues et moins abondantes. Dans l'intervalle des attaques, les évacuations sont normales, l'appétit est bon mais les digestions difficiles ; la température est normale, le pouls oscille de 80 à 90. Menstrues régulières, mais depuis un mois leucorrhée abondante due à des ulcérations du col. Elles ont cédé à un traitement local. Depuis plusieurs mois la malade va de mieux en mieux, prend du vin de quinquina et de la noix vomique,

et, pendant les crises, calme ses douleurs avec des suppositoires opiacés.

OBSERVATION VI

De Langenhagen. *Semaine médicale*, 1898, p. 18.

Deux malades, au cours d'une entérocolite muco-membraneuse, ont présenté à plusieurs reprises de véritables hémorrhagies de la valeur d'un quart à un demi-litre de sang. Chez ces malades on ne pouvait incriminer ni les hémorrhoïdes ni des éraillures ou du prolapsus du rectum. Elles paraissaient bien liées à l'affection intestinale.

OBSERVATION VII

Malibran. *L'atonie intestinale et ses complications*, 1889.

Il s'agit d'une dame âgée, atteinte de constipation tenace, consécutive à une colite catarrhale qui avait une hémorrhagie intestinale après chaque selle. Le sang était rouge et en assez grande quantité, un demi-verre environ. Cet accident était indépendant de la consistance des matières. Aucun symptôme d'hémorrhoïdes pour expliquer la provenance du sang. Le toucher rectal était douloureux, mais ne donnait que des résultats négatifs.

OBSERVATION VIII

M. le professeur Potain, *In Semaine médicale*, 1887.

Il s'agit d'un homme de 51 ans qui a été souffrant pour la première fois en 1890. A cette époque, il a été atteint de coliques intestinales vives, s'accompagnant d'un flux hémorrhagique abondant sans qu'il eut cependant la moindre douleur rappelant le ténesme anal. Il se rétablit rapidement, mais pareils accidents se reproduisirent depuis cette époque à deux reprises différentes, notamment il y a trois semaines environ. Chaque fois, il a présenté en même temps des vomissements alimentaires et quelques vomissements sanglants.

Aujourd'hui, il n'y a pas de fièvre, le pouls bat 64, la langue est sale, le ventre douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche où il y a encore comme un épaississement des parties profondes. Mais, grâce au traitement, l'état général et local s'est considérablement amélioré.

Ainsi donc deux ordres de symptômes principaux caractérisent la maladie dont cet individu est atteint : hémorrhagies intestinales et troubles de la défécation et de la digestion.

Au premier moment on aurait pu croire à l'existence possible d'un carcinome stomacal ou intestinal ou d'un ulcère simple de l'estomac ou du duodénum. Mais, outre que le début de ces accidents remonte trop loin en arrière, 16 ans environ, pour être symptomatique d'un cancer, ces hémorrhagies n'ont pas le caractère inquiétant de celles qui sont liées au carcinome ; d'un autre côté la coexistence d'épistaxis doit nous faire admettre une autre hypothèse.

Il est probable que c'est dans un état général du malade, dans une sorte de prédisposition hémophilique qu'il faut rechercher l'origine de ces accidents ; d'un autre côté les fluxions prennent parfois facilement, chez certains malades, le caractère hémorrhagique ; le moindre écart de régime, une alimentation défectueuse, des excès alcooliques, expliquent facilement ces fluxions avec pertes de sang.

OBSERVATION IX

Keit. *Medical Press and circular*, 1896, *in* Thèse Labey, 1902.

Miss C..., 38 ans.

Père âgé bien portant. Mère morte à 68 ans de paralysie, sept frères et sœurs bien portants. Une sœur morte tuberculeuse.

Cette malade est et a toujours été constipée ; quand, pour combattre cette constipation, elle prenait des purgatifs et des lavements, il y avait durant quelques jours de la diarrhée à laquelle succédait une nouvelle période de constipation.

Réglée à 14 ans. Les règles sont irrégulières et douloureuses. En 1883, elle a eu une crise de douleurs abdominales, à point de départ dans la fosse iliaque gauche, sans aucune cause apparente. Elle dut garder le lit pendant une semaine et, pour diminuer la douleur, était obligée de rester les cuisses fléchies. Huit jours après, la crise cessa.

Pendant les cinq années suivantes, elle eut de nombreuses crises semblables, dont la durée variait de un à deux jours à une semaine.

En 1889, elle perd pendant son écoulement menstruel de nombreuses fausses membranes ; en même temps l'écoulement était plus abondant qu'à l'ordinaire et très douloureux. Cet état dure de janvier à août 1889 ; puis elle a de l'aménorrhée presque complète.

Elle avait remarqué, en même temps qu'elle constatait dans le sang de ses règles des fausses membranes, l'existence dans les selles des fausses membranes analogues ; mais il est possible que la présence de ces fausses membranes dans les selles remontât à une date antérieure et ait passé jusqu'alors inaperçue à la malade.

Les troubles intestinaux s'aggravent et s'accompagnent de légères hémorrhagies avec douleurs augmentant périodiquement tous les quinze ou vingt jours.

En 1891, elle rendait toujours de fausses membranes ; quand elle restait au lit, elle ne perdait pas de sang, mais l'hémorrhagie reparaissait par l'anus dès qu'elle se levait.

En 1892, l'état général n'est pas plus mauvais ; l'expulsion de fausses membranes, bien que quotidienne, est moins abondante mais les hémorrhagies, qui apparaissent à intervalles réguliers, sont bien plus considérables.

Il n'y a pas, comme par le passé, de crises douloureuses, mais elle souffre constamment dans l'abdomen, et cette douleur est diffuse, augmentant quelques jours avant chaque hémorrhagie. La perte de sang s'accompagne d'une expulsion plus considérable de fausses membranes.

En 1893, elle était dans l'état suivant :

Teint terreux ; état moral mauvais ; expression de douleurs continuelles.

Les lèvres étaient pâles ; les gencives saignaient facilement,

la langue, blanche et chargée, portait l'empreinte des dents. Haleine fétide presque, fécaloïde. Anorexie. Quand elle absorbait quelques aliments elle ressentait une douleur au niveau de l'estomac et une sensation de brûlure dans tout le ventre.

Elle eut deux fois de légères hématémèses. La constipation était très marquée. La défécation était douloureuse et s'accompagnait de tenesme. Les matières étaient constituées par des seybales dures avec des fausses membranes, du mucus, du sang, en quantité variable.

Les membranes constituaient quelquefois à elles seules l'évacuation alvine. Tantôt elles étaient plus petites ; tantôt elles se présentaient sous la forme de très grands lambeaux mesurant parfois jusqu'à 55 centimètres. Elles avaient un aspect réticulé. Jamais je n'ai observé de membrane parfaitement tubulée. Ces produits, d'après l'examen microscopique, n'étaient pas tuberculeux, constitués par une matière amorphe, présentant un léger aspect fibrillaire à un très fort grossissement, sans éléments cellulaires. « Il s'agit d'une colite membraneuse » dit le Dr Turner qui a examiné ces membranes.

Voici la description faite par la malade d'une de ces hémorrhagies : « La perte sanguine commença le lundi 30 octobre 1893 après dîner ; il y a d'abord évacuation d'une quantité de sang évaluée à une tasse à thé ; puis après quelques instants, nouvelle évacuation en quantité un peu moindre. Le mardi matin, même quantité de sang perdue une heure ou deux après déjeuner et deux fois après le thé. Mercredi matin deux pertes plus abondantes (bol à déjeuner si ce n'est plus); l'une après déjeuner, l'autre deux heures après. Le jeudi

matin une tasse à thé ; une autre quelques heures après. La première nuit de lundi à mardi à deux reprises j'ai rendu par la bouche une cuillerée à soupe de sang, depuis pas. »

Palpation et percussion du ventre douloureuses.

Cœur légèrement dilaté. Pouls faible et mou mais régulier à 80. Tendance aux syncopes. Pieds et mains froides.

Urines variables comme quantité et contenu. Pas d'albumine. Vaginisme.

Céphalée fréquente et marquée. Sensation de bras mort. Scotome. Goût et odorat viciés.

En 1894 crise douloureuse qui la confine au lit plusieurs semaines, sans élévation thermique. A l'issue de cette crise on propose une intervention,

Opération en juin 1894. Anus contre nature cœcal. Guérison complète suivie jusqu'en 1898 (*Medical Press and circular*. Juillet 1898. Simpson).

OBSERVATION X

M. Quénu, *in* Thèse Labey, 1902. *Colite chronique.*

Innocent C..., âgé de 49 ans, entre à Cochin dans le service de M. Quénu, le 24 juin 1898.

Père mort à 50 ans, en trois jours, d'une affection suraiguë.

Mère morte à vingt ans, suites de couches. Il a des frères et sœurs bien portants.

Le malade s'est marié deux fois: une première fois à 28 ans, et après son veuvage se remarie à 46 ans ; sa femme est actuellement bien portante.

Il a eu trois enfants : un de sa première femme, deux de sa

seconde ; l'un de ceux-ci est mort à 4 mois de diarrhée infantile.

Né en Colombie, il y a vécu jusqu'à 43 ans, à part quelques absences. Dans son enfance il a eu la rougeole. Vers 15 ou 18 ans, maladie grave ayant duré deux mois : typhus ou fièvre typhoïde. Peu après il aurait eu pendant sept ou huit mois des accès de malaria.

Plusieurs blennorrhagies. A 35 ans, un chancre phagédénique qui a enlevé une grande partie du gland et de l'extrémité de l'urètre. Un médecin l'aurait cautérisé et traité par le mercure et l'iodure ; mais il ne semble pas avoir eu aucun accident spécifique : roséole, plaques muqueuses, céphalée, douleurs ostéocopes.

En 1884, il a eu un violent accès de fièvre, suivi d'une dysentérie très grave, qui a duré deux ou trois mois mais s'est bien guérie.

Le malade prétend que, dès 1882, il a été pris de troubles gastro intestinaux qui n'ont jamais cessé et dont il se plaint encore aujourd'hui. Néanmoins leur intensité a beaucoup varié. C'est surtout depuis six ans que ces symptômes ont augmenté.

Depuis ce moment, le malade s'est abstenu de prendre de l'alcool, sous quelque forme que ce soit : il buvait auparavant et en assez grande abondance les liqueurs de son pays, notamment de l'eau-de-vie de canne à sucre dont la teneur en alcool est assez considérable.

Actuellement le malade se plaint surtout de troubles gastro-intestinaux. Il mange de tout, rien ne le dégoûte. Tout est d'ailleurs bien supporté. L'appétit est un peu diminué.

Les digestions se font en général assez bien : quelquefois

cependant il se plaint de gêne dans l'abdomen, de ballonnement ; il y a quelques renvois, jamais de vomissements.

Les troubles intestinaux consistent essentiellement en douleurs et en troubles de la défécation.

Les douleurs, qui se sont installées insidieusement, commencent au niveau du sacrum pour remonter jusque dans la région lombaire.

Les troubles de la défécation consistent surtout en diarrhée ; mais celle-ci est très variable ; elle est persistante, donnant toujours lieu à 5 ou 6 selles par jour. Mais à certains moments elle s'accentue sous forme de crises qui durent un jour ou deux et pendant lesquelles il y a jusqu'à 20 ou 25 selles par jour.

Ces crises sont généralement précédées de redoublement des douleurs qui s'apaisent plus ou moins quand survient la crise diarrhéique. Depuis quelque temps ces crises qui n'apparaissaient que tous les quinze jours sont devenues plus fréquentes, revenant maintenant tous les 3 ou 4 jours.

Les selles n'ont pas de caractères bien spéciaux, ce sont des selles diarrhéiques contenant assez souvent d'abondantes mucosités.

De temps en temps depuis cinq ans il y a eu du sang dans les selles ; ce sang est depuis quelque temps beaucoup plus facile à reconnaître qu'au début.

Actuellement le malade est dans un état d'amaigrissement assez prononcé, ses forces ont beaucoup diminué ; mais l'appétit et les digestions sont en somme restés relativement assez bons.

L'état moral est déplorable, il parle de se suicider.

A l'examen l'estomac est manifestement dilaté ; le ventre

n'est pas ballonné : la palpation est relativement facile. On sent dans la fosse iliaque droite un boudin assez volumineux, un peu douloureux à la palpation, qui se prolonge en haut sans limites précises, et qui au contraire en bas est assez bien limité.

Dans la fosse iliaque gauche on sent également un boudin qui correspond à l'S iliaque assez notablement induré.

Par le toucher rectal, on trouve au bout du doigt comme une bride, souple, assez peu considérable, occupant la partie antérieure et la partie latérale gauche du rectum. Le doigt parvient facilement à l'accrocher et à l'abaisser.

Le rectoscope ne fournit aucun renseignement ; après avoir pénétré à 8 cm. 1/2 environ on ne peut pas l'enfoncer davantage ; la muqueuse semble impossible à déplisser.

Tous les jours lavages rectaux oxygénés au 1/10.

Colostomie iliaque droite en deux temps selon le procédé ordinaire.

Etats général et moral s'améliorent. Le malade part avec son anus contre nature et n'a pas été revu.

DIAGNOSTIC

Nous sommes donc en présence d'un sujet âgé constipé. Il a présenté antérieurement quelques crises d'entérite muqueuse aiguë avec tous ses symptômes : état nerveux, douleurs, vomissements, selles spéciales. Surviennent des hémorrhagies intestinales, nous pourrons par ces antécédents orienter de ce côté notre diagnostic et nous assurer que c'est bien là une complication de son état intestinal.

Mais fréquemment, et cela particulièrement chez les vieillards, l'inflammation chronique de l'intestin ne se manifeste que par un ensemble symptomatique obscur. Certes, notre sujet est un constipé de date ancienne ; mais cette stase des matières a été tolérée. Tout au plus de ci de là un état nauséeux, de la céphalée, quelques troubles gastro-intestinaux, diarrhée, douleurs abdominales, symptômes auxquels le malade n'a pas attaché grande importance. Il a combattu la rétention stercorale par des purgatifs variés, des lavements. Mais cette entérite chronique n'a pas provoqué un état tel qu'il ait songé ou à consulter, ou à s'astreindre à un régime approprié. Aussi quand apparaîtra l'hémorrhagie, le diagnostic pourra errer et de ce fait conduire à une thérapeutique fausse ou

même à une intervention chirurgicale qui, on le conçoit, ne donnera aucun résultat.

Nombreuses, en effet, sont les affections qui peuvent se compliquer d'entérorrhagies. Nous allons les passer en revue et voir quels caractères spéciaux les différencient des hémorrhagies liées à l'entérocolite chronique.

Les corps étrangers de l'intestin peuvent mécaniquement léser l'intestin et engendrer des saignements de la muqueuse, mais les antécédents de l'accident ne prêteront pas à confusion.

Les parasites intestinaux, l'ankylostome en particulier, peuvent provoquer des hémorrhagies intestinales ; mais ici intervient la notion d'épidémie, et l'examen des fèces montrera les œufs caractéristiques de ce vers.

Les hémorrhoïdes excessivement fréquentes chez les sédentaires s'accompagnent de flux sanguin parfois important qui peut coïncider avec la constipation. Mais l'existence du bourrelet hémorrhoïdal est facile à constater *de visu* et le diagnostic ne souffre en général aucune difficulté.

Les polypes du rectum donnent lieu aussi à des écoulements sanguins qui peuvent se compliquer de rectite avec selles glaireuses. Mais ces tumeurs sont presque un apanage de l'enfance et le toucher rectal permet de déceler leur présence. Ce même moyen peut faire reconnaître un angiome rectal, rareté chirurgicale, mais capable d'engendrer, par son ulcération, de formidables hémorrhagies.

L'entérorrhagie se peut produire aussi dans l'enté-

rite tuberculeuse. Mais ce n'est pas un accident fréquent. Les selles peuvent être saugninolentes, mais rarement l'hémorrhagie prend un aspect inquiétant. Quand il existe, cet accident se produit au cours d'une tuberculose aiguë et sera accompagné d'un cortège symptomatique qui précisera le diagnostic : fièvre, localisations pulmonaires, diarrhée profuse et incoercible, cachexie tuberculeuse.

L'hémorrhagie intestinale est rare dans la dysenterie ; les garde-robes présentent cet aspect spécial dit « raclures de boyaux ». Les besoins sont incessants, pénibles, accompagnés d'épreintes douloureuses. La forme hémorrhagique présente cette complication, mais qui se généralise et s'étend au tissu cellulaire, à la peau, aux muqueuses.

L'ulcère stomacal ou duodénal s'accompagne fréquemment de moelena et d'hématémèses. L'hémorrhagie est abondante, soudaine, se manifeste peu de temps après le repas. Elle est accompagnée d'un grand malaise avec tendance syncopale, pâleur intense. Peu après survient une débâcle de sang noir. La défécation en dehors des crises est normale, les selles ne contiennent pas de mucosités. Cette maladie évolue, en général, chez les sujets jeunes ; elle est accompagnée d'une douleur caractéristique « en broche » donnant la sensation d'une double plaie épigastrique et dorsale ; l'ingestion des aliments, la palpation la fait apparaître. L'estomac se dilate, l'état général est mauvais, l'anémie prononcée.

Cependant malgré la différence de symptômes

observés dans les cas types, le diagnostic est parfois fort difficile lorsque l'ulcère affecte une forme torpide. La douleur peu intense ressemble à celle qui succède à l'ingestion des aliments dans l'entérocolite ; la dénutrition peut être la même ; l'examen des selles fournira peut-être un renseignement et permettra d'émettre une opinion.

La difficulté s'accroît encore dans le diagnostic de l'entérocolite d'avec le cancer de l'estomac et l'intestin.

Là aussi nous avons des hémorrhagies abondantes, la douleur peut être minime. La palpation, la percussion permettent, il est vrai, de connaître une tumeur ; mais l'angle colique gauche bourré de matières fécales peut donner la sensation d'une néoplasie stomacale. Il en est de même de l'anse sigmoïde. Le toucher rectal ne donne aucune indication. Là encore la palpation peut tromper des praticiens cependant fort habiles. Témoins les deux malades de MM. Chauffart et Mathieu, chez qui le diagnostic de cancer fut posé et qui furent opérés par MM. Quénu et Duval. L'intervention chirurgicale montra un intestin chroniquement enflammé sur toute sa longueur, mais non néoplasique. D'après M. Quénu, « dans le cas de néoplasme iléo-pelvien, la tumeur est circonscrite, le côlon lombaire comme le côlon pelvien sont souples, non indurés ; ce point a de l'importance pour différencier la tumeur néoplasique de l'induration créée par les colites chroniques. Dans ces cas d'inflammation ancienne du côlon, de colite simple ou muco-membraneuse chronique,

l'inflammation prolongée crée une sorte de cartonnage des parois intestinales ; à la palpation on trouve un long boudin lombaire, iliaque, pelvien, régulier, douloureux à la pression. Ceci n'existe pas dans le cancer, la tumeur est circonscrite. »

Mais chez les atones où l'intestin prend cette molesse particulière que de Langenhagen a dénommé « intestin chiffon », les matières accumulées en une partie du côlon pourront très bien donner cette sensation de masse circonscrite, marronnée et cela, sans induration des portions diverses du côlon qui l'avoisinent.

On admet qu'avec un cancer la cachexie apparaît plus rapidement, est plus profonde. Mais c'est là une nuance, car la dénutrition dans la colite chronique peut être extrême et simuler de tous points la cachexie néoplasique. Peut-être l'examen du sang d'un cancéreux montrera-t-il une leucocytose plus accentuée ? Peut-être trouverons-nous quelques ganglions dont le développement rapide aidera au diagnostic (Troisier). Quoi qu'il en soit, celui-ci sera parfois d'une difficulté extrême et ne pourra être tranché que par une intervention que commande la possibilité de l'existence d'une tumeur.

L'hémorrhagie intestinale peut être symptomatique de lésions hépatiques ; les ictères, les cirrhoses, se compliquent parfois de cet accident. Mais les symptômes concomitants, ictère, examen du foie, ascite, suffisent pour éviter toute erreur.

Les voies biliaires peuvent être, elles aussi, la source

de melœna. Dans la colique hépatique, Houdry a signalé la possibilité d'une hémorrhagie intestinale importante ; mais le fait est rare et suit une crise douloureuse facile à reconnaître. Le cancer de l'ampoule de Vater produit des saignements intestinaux parfois considérables. Mais la dénutrition est là fort rapide ; on a des symptômes de rétention biliaire, de la glycosurie.

Le purpura hémorrhagique, le scorbut, l'hémophilie, peuvent s'accompagner de melœna. Mais l'ensemble symptomatique ne prête en général pas à confusion.

Il en est de même des entérorrhagies survenant chez les brûlés, les urémiques, et qui n'apparaissent qu'à l'état d'épiphénomènes au milieu du cortège clinique de ces accidents.

Les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde en particulier, s'accompagnent d'hémorrhagies graves. Seule une fièvre typhoïde à forme ambulatoire pourrait tromper. Le séro-diagnostic éclairerait rapidement sur la nature de l'affection.

En résumé une hémorrhagie intestinale, survenant chez un constipé sans cause apparente, peut être rattachée à l'inflammation chronique de l'intestin par les caractères suivants ; elle survient en général après une poussée aiguë ou subaiguë de colite, parfois sans que rien la fasse prévoir et précédant la crise au contraire. Le diagnostic est en général facile, si l'on en excepte le cancer du tractus intestinal qui peut être confondu jusqu'au dernier moment avec

l'entérite à forme grave. Le vieil ulcère stomacal pourra aussi prêter à confusion. Ces deux cas exceptés, le diagnostic différentiel est facile.

TRAITEMENT

Le traitement des hémorrhagies intestinales doit viser avant tout la cause dont cet accident n'est qu'un effet. C'est donc à la constipation que l'on devra s'attaquer. Nous n'entrerons pas ici dans le détail des moyens proposés pour combattre cette affection d'une ténacité désespérante. MM. Gaston Lyon et Mathieu ont fixé la conduite à tenir en pareil cas.

Si les hémorrhagies surviennent, on les combattra en mettant l'intestin au repos. Le séjour au lit agit favorablement sur elles. On assurera une alimentation légère, formée de liquides, de bouillies claires. Localement les demi lavages intestinaux donnent de bons résultats ; on les donnera à une température voisine de 37° de façon à ne pas provoquer par une variation de température du spasme du côté de l'intestin. M. Triboulet préconise l'usage de petits lavements au nitrate d'argent au 1/2000. Il conseille de les conserver un peu ; l'amélioration serait rapide. Pendant ce temps, on sollicitera doucement la contraction intestinale par l'huile de ricin donnée à faible dose, une cuillerée à café, à soupe, de façon intermittente.

Si les hémorrhagies sont abondantes, créant un état anémique aigu, on pourra utiliser la

thérapeutique employée en pareil cas, injection de sérum physiologique, ergotine même, si l'entérorrhagie n'a pas tendance à s'arrêter.

Dans les cas graves le traitement médical bien et longtemps appliqué pourra rester infructueux. On aura recours, comme le recommande Labey, au traitement chirurgical. « Le but que l'on se propose alors est de mettre au repos le segment d'intestin malade en détournant les matières de leur cours normal, soit par un anus contre nature, cœcal, soit par une anastomose iléo-sigmoïde ou iléo-rectale ».

On ne recourra à ce procédé héroïque que lorsque le traitement médical aura échoué et que les accidents par leur gravité compromettront la vie du malade.

CONCLUSIONS

1° Les hémorrhagies intestinales abondantes surviennent beaucoup plus souvent qu'on ne l'admet au cours de la colite chronique, chez les vieillards ;

2° Elles ne sont pas liées nécessairement aux formes graves de cette maladie ;

3° La coexistence d'entérorrhagies et des autres symptômes de l'atonie intestinale peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic et, en particulier, simuler de tous points le cancer des voies digestives ;

4° Les hémorrhagies sont produites par une action mécanique des masses fécales durcies, lésant par frottement les parois d'un intestin dont la vitalité est amoindrie ;

5° Le traitement sera surtout causal et aura pour but de combattre la constipation. Les purgatifs huileux pris à doses laxatives remplissent ce rôle et sont toujours indiqués.

Vu : le Président de la thèse,

LANDOUZY

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Andral. — Précis d'anotomie pathologique, 1829, Tome II, p. 161.

Carret. — De l'entérite pseudo-membraneuse. Thèse Paris, 1897.

Chaillé (Merlan de). — Note pour servir à l'histoire de l'entérite muco-membraneuse. Union médicale, 12 mai 1868.

Combe. — Traitement de l'entérite muco-membraneuse. Lausanne, 1905.

Courtois-Suffit. — Traité de Médecine. Charcot-Bouchard. Tome IV, p. 406.

Dieulafoy. — Traité de pathologie interne, 1904.

— Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1898-1899.

Feyat. — De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque. Thèse Lyon, 1890.

Findley. — Membranous enteritis. Amer. Journ. of. med. Sciences, 1875.

Foucaud. — Fonctions intestinales dans les affections de l'estomac. Thèse Paris, 1903.

Froussard. — Contribution à l'étude de l'entérite pseudo-membraneuse. Thèse Paris, 1900.

— Rapport entre le spasme et l'atonie de l'intestin dans la constipation habituelle. Soc. méd. chirurgicale, 28 décembre 1903.

— Traitement de la constipation. Paris, 1903.

Gaillard. — Entérite membraneuse. Soc. méd. des Hôpitaux, 16 octobre 1903.

Gendrin. — Traité philosophique de médecine pratique. Paris, 1841.

Gourdon. — Sur l'entérite pseudo-membraneuse simple. Thèse Paris, 1875.

Houdry. — Les hémorrhagies intestinales dans la lithiase biliaire. Thèse Paris, 1898.

Isaac (H. fils). — De la colite muco-membraneuse. Thèse Paris, 1900.

Izoard. — Contribution à l'étude de l'entérite pseudo-membraneuse. Thèse Paris, 1883.

Jouaust. — Contribution à l'étude de l'entérite pseudo-membraneuse. Thèse Paris, 1904.

Labey. — De l'intervention chirurgicale dans les formes graves de colite rebelle. Thèse Paris, 1902.

Laboulbène. — Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses, 1861, p. 144.

Langenhagen (M. de). — L'entérocolite muco-membraneuse. Semaine méd., 1898, p. 18.

Lasègue. — Leçons sur les maladies du gros intestin et en particulier sur les affections dyssentériformes, 1881. Etudes médicales. Tome II, p. 404.

Letcheff. — De la colite muco-membraneuse chez les utérines. Thèse Paris 1895.

Lyon (G.). — L'entérite muco-membraneuse. Gazette des hôp., 1889, 11 mai.

— L'entérite muco-membraneuse. Monographie clinique, 1900.

— Pathogénie et traitement des névroses intestinales. Monographie clinique, 1904.

Lereboullet. — Contribution à l'étude de quelques accidents dus à la constipation. Gaz. hebdomadaire, 13 août 1875.

Malibran. — L'atonie intestinale et ses complications, 1889.

Markel. — Contribution à l'étude de l'entérite muco-membraneuse et de son traitement. Thèse Paris, 1903.

Mathiéu. — Traitement de l'entérite muco-membraneuse. Gaz. des Hôp., 1894.

— Thérapeutique des maladies de l'intestin. Gaz. des hôpitaux, 1895.

— Traitement de la colite muco-membraneuse. Bull. de la Société de Thérap., 9 juin 1897.

— Maladies de l'intestin. Paris 1901.

Mercier. — De la colite chronique. Thèse Paris 1888.

Poignard. — Des concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin. Thèse Paris 1875.

Potain. — De la colite chronique. Sem. médicale, 1887.

— De la constipation. Sem. médicale, 1889.

Quénu et Duval. — Etude clinique et thérapeutique du cancer du côlon pelvien, 1902.

Rothmann (M.) — Uber enteritis membranacea. Deutsche med. Wochensch., 1893.

Sée Germain. — Des dyspepsies gastro-intestinales, 1883.

Soupault. — Manuel de médecine. Tome V.

Triboulet. — A propos de quelques faits d'hémorrhagie intestinale chez des sujets âgés. Journ. des Praticiens, 21 janvier 1905.

Trousseau. — Leçons sur les dyspepsies. Union méd., 1837.

Van Valzah. — The amer. journal of med., 4 juillet 1873.

Vouzelle (de). — De la colite muco-membraneuse. Thèse Paris 1899.

Wannebroucq. — Note sur l'entérite pseudo-membraneuse. Journ. de méd. du Nord, 1863.

— L'entérite interstitielle. Comptes rendus de l'Association pour l'avancement des Sciences. Congrès de Lille, 1874.

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.